



Elegibilidad de paratransito de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)

Solicitud / Recertificación de CUATS

¿Preguntas sobre este formulario?

Llame a CUATS al (423) 478-1396

Envíe las solicitudes a:

CUATS
165 Edwards Street S.E.
P.O. Box 86
Cleveland, TN 37364

PARTE A

Complete todas las partes del formulario de solicitud. Se devolverán las solicitudes que no se hayan completado por completo, lo que retrasará su determinación de elegibilidad.

Datos del Solicitante

Nombre: _____
Primer M.I. Último

Dirección: _____ Apt. _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de día: (____) ____ - ____ Teléfono de noche: : (____) ____ - ____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

¿Tiene una identificación o licencia de conducir emitida por el estado de Tennessee?
 Sí No

de ID # _____ # de Licencia _____

Fecha de expiración: _____

Dirección Postal *(si es diferente a la anterior)*

Dirección: _____ Apt. _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Persona de Contacto de Emergencia

Nombre: _____
Primer M.I. Último

Teléfono de día: (____) ____ - ____ Teléfono de noche: : (____) ____ - ____

1. ¿Cuál de las siguientes ayudas de movilidad / comunicación utiliza?
 (Marque todas las que correspondan)
 Bastón Manual silla de ruedas Tablero de transferencia Animal de Servicio
 Silla de ruedas eléctrica Ayuda de comunicación Prótesis Caminante
 Silla de ruedas eléctrica con carro Muletas Oxígeno portátil
 Otro (especifique) _____
 ¿Si seleccionó Silla de ruedas o Scooter, preferiría / necesitaría usar el dispositivo mientras viaja en vehículos CUATS? Sí No
2. ¿Eres capaz de viajar en automóvil? Sí No
3. Si usa una silla de ruedas o un scooter:
 ¿Mide más de 30 pulgadas de ancho? Sí No
 ¿Mide más de 48 pulgadas de largo? Sí No
 ¿El peso combinado del dispositivo y el ocupante supera las 600 libras? Sí No

La capacitación en viajes es un programa individualizado diseñado para enseñar a las personas con discapacidades cómo usar el transporte en autobús / tren. El Consejo SETHRA CUATS ofrece este servicio sin costo alguno.

Si está interesado en obtener más información sobre nuestro Programa de capacitación en viajes, llame a SETHRA CUATS al 423-478-1396

4. ¿Su condición de salud / discapacidad requiere que use servicios de paratransito:
 Estacionalmente (Noviembre-Abril) Hasta que complete con éxito la capacitación para viajar Permanentemente Temporalmente
 Si es temporal, ¿cuánto tiempo? _____ *semanas / meses*
5. ¿Su condición de salud / discapacidad cambia de un día a otro de tal manera que no pueda usar el servicio regular de autobuses de ruta fija? Sí No
 En caso afirmativo, explique _____
6. ¿Al usar el servicio de paratransito, ¿su condición de salud / discapacidad requiere que viaje con un asistente de atención personal (PCA)? Sí No

PARTE B

Complete la Parte B incluso si no puede usar o nunca ha usado el tránsito de ruta fija. Esta información nos ayudará a determinar cómo su discapacidad / condición de salud afecta su capacidad de usar el servicio de autobús de ruta fija.

Uso de Tránsito de Ruta Fija

7. ¿Ahora usa independientemente autobuses de ruta fija?
 Sí No Ocasionalmente

En caso afirmativo u ocasional, ¿con qué frecuencia? _____ *semanas / meses*

¿En qué condiciones puede viajar en autobuses de ruta fija? _____

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor cómo usa los autobuses de ruta fija?

- Para viajar hacia y desde un solo destino
- Para viajar hacia y desde más de un destino
- Para viajar hacia y desde muchos destinos diferentes

Explique qué le impide usar de forma independiente los servicios de transporte público.

8. ¿Alguna vez ha recibido capacitación para usar los autobuses de ruta fija? Sí No

Si responde "No", ¿le gustaría recibir capacitación gratuita? Sí No

8. Usando una ayuda de movilidad o por su cuenta, ¿hasta dónde puede viajar sin ayuda? <3 bloques 3 bloques 6 bloques 9 bloques

9. Puedo esperar un autobús de ruta fija: (marque todo lo que corresponda)

- Solo si hay un banco o refugio
- No más de 15 minutos Más de 15 minutos

10. Verifique las categorías a continuación, ya que se relacionan con su capacidad para usar la ruta fija. Soy:

- A. Capaz de tolerar condiciones climáticas de alta y baja temperatura Sí No
- B. Capaz de reconocer destinos, paradas de autobús o puntos de referencia Sí No
- C. Capaz de tolerar la contaminación del aire (smog, humos) Sí No
- D. Libre de ceguera nocturna Sí No
- E. Capaz de reconocer la información impresa Sí No
- F. Capaz de escuchar y procesar palabras habladas o información auditiva Sí No
- G. Capaz de comunicar necesidades Sí No
- H. Capaz de seguir instrucciones Sí No
- I. Capaz de lidiar con situaciones inesperadas o cambios en la rutina Sí No
- J. Capaz de navegar de manera segura y efectiva en instalaciones abarrotadas / complejas. Sí No
- K. Capaz de reconocer bordillos y otras bajadas Sí No
- L. Capaz de viajar independientemente a lo largo de las aceras y caminos peatonales. Sí No
- M. Capaz de cruzar las calles de forma independiente Sí No

- N. Capaz de encontrar las paradas de autobús correctas Sí No
- O. Capaz de identificar el autobús correcto Sí No
- P. Capaz de entrar / salir con seguridad del autobús Sí No
 (incluyendo subir / bajar tres escalones con una altura máxima de 16 pulgadas)
- P. Capaz de subir y bajar de un autobús que tiene una plataforma elevadora (ya sea de pie o con ayuda de movilidad) Sí No
- R. Capaz de depositar la tarifa en la caja de tarifas o mostrar el pase de autobús Sí No
- S. Capaz de permanecer sentado mientras el autobús está en funcionamiento (ya sea en el asiento o en la silla de ruedas) Sí No
- T. Capaz de manejar mi autobús perdido Sí No

Si marcó "No" en alguno de los elementos de la pregunta 11, explique:

PARTE C

Firma del Solicitante

Certifico lo mejor que puedo que la información indicada en esta solicitud es verdadera y precisa. Entiendo que la tergiversación de la verdad será motivo de denegación de la elegibilidad de paratransito de ADA. Además, entiendo que se puede requerir información adicional relacionada con mi condición de salud / discapacidad para determinar la elegibilidad. Esta información se puede obtener a través de una entrevista en persona o solicitando información de un profesional familiarizado con mi condición / discapacidad. Se requerirá información adicional solo cuando la información proporcionada sea insuficiente para la elegibilidad de paratransito de ADA

:Firma del solicitante _____ Fecha: _____

*Si está bajo tutela legal o si lo prepara alguien que no sea el solicitante, proporcione la siguiente información.

Nombre del tutor / preparador: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Firma del tutor / preparador: _____